

شیوع اختلالات روانی بیماران بخش داخلی مرکز آموزشی - درمانی کاشانی شهرکرد، ۱۳۷۷

روح‌انگیز ترکمانی پور*، حسن پالاهنگ**

چکیده:

اختلالات روانی اختلالاتی شایع و جدی هستند که در سرتاسر دنیا مشاهده می‌شوند. دو پنجم از تمامی ناتوانیها ناشی از اختلالات روانی، اجتماعی بوده و این موارد یک پنجم از کل مراجعین به مراکز درمانی را تشکیل می‌دهند. هدف پژوهش حاضر تعیین شیوع اختلالات روانی در بیماران بستری در بخش داخلی بیمارستان آیت‌الله کاشانی شهرکرد بود. پس از برآورد حجم نمونه مورد نیاز، ۳۰۰ نفر (۲۴۳ زن، ۵۷ مرد) از بیماران بستری در بخش داخلی در یک مقطع ۳ ماهه و در یک مطالعه یک مرحله‌ای با استفاده از پرسشنامه GHQ-۲۸ مورد بررسی قرار گرفتند. نتایج مطالعه نشان داد میزان کلی شیوع ۳۰/۷ درصد (۳۵٪ زنان، ۱۲/۳٪ مردان) است. در این مطالعه رابطه معنی‌داری بین جنس، وضعیت تأهل، سواد و شغل با ابتلا به اختلال روانی به دست آمد. همچنین نتایج مطالعه نشان داد که ۲۰٪ از بیماران بستری در بخش داخلی سابقه بیماری روانی داشته‌اند که از این میزان ۳۱/۷٪ به پزشک عمومی، ۲۳/۳٪ به روان‌پزشک و ۴۱/۷٪ به سایر متخصصین مراجعه کرده‌اند. ۳/۳٪ مراجعه‌ای نداشته‌اند و ۱۰٪ از افراد بستری در بخش داخلی سابقه بستری شدن در بخش روانپزشکی داشته‌اند. این مطالعه ضرورت گسترش مشاوره بین تخصص‌های مختلف و روانپزشکی و همچنین گسترش خدمات بهداشت روانی را در بین اقشار مختلف جامعه مورد تأکید قرار داد.

واژه‌های کلیدی: شیوع اختلالات روانی، بیماران بستری در بخش داخلی، پرسشنامه GHQ-۲۸

مقدمه:

مطالعات مختلف نشان می‌دهند که میزان قابل توجهی از بیمارانی که از ناراحتی‌های روانی رنج می‌برند به پزشکان غیر روانپزشک مراجعه می‌کنند (۹،۷،۴). در مطالعه‌ای که در یکی از بیمارستانهای عمومی صورت گرفته است، فقط ۳۶٪ از بیمارانی که مورد پذیرش قرار گرفته بودند مشکل روانی نداشتند. در این مطالعه ۴۳٪ از کل موارد را بیماری افسردگی (Depression)، یک درصد اسکیزوفرنیا (Schizophrenia) و یک درصد صرع (Epilepsy) تشکیل می‌دادند (۷). در مطالعه‌ای ۱۰۲۶ نفر از افرادی

فشارهای روانی ناشی از زندگی مدرن و تغییرات سریع اجتماعی تأثیرات عمده‌ای بر سلامت روان و کیفیت زندگی مردم می‌گذارد. عوامل روانی - اجتماعی در میزان موفقیت جامعه جهت بهبود توسعه اقتصادی و ارائه خدمات بهداشتی و اجتماعی به مردم نقش تعیین‌کننده‌ای دارند.

اختلالات روانی اختلالاتی جدی و شایع هستند که در سراسر دنیا مشاهده می‌شوند. ۲٪ از تمامی ناتوانیها ناشی از اختلالات روانی و اجتماعی بوده و این موارد ۱/۵٪ از کل مراجعین به مراکز درمانی را تشکیل می‌دهند (۶،۵).

*کارشناس پرستاری - عضو هیأت علمی دانشگاه علوم پزشکی شهرکرد

**کارشناس ارشد روانشناسی بالینی - عضو هیأت علمی دانشگاه علوم پزشکی شهرکرد

است (۹).

اما اشاره به این مطلب ضروری است که مراجعه بیماران روانی به پزشکان غیر روانپزشک ریشه در باورهای خرافی مردم دارد. ترس از بر چسب خوردن موجب می‌شود که مردم مراجعه به پزشکان عمومی را ترجیح دهند. این باورها در ایجاد شکاف بین بیماران روانی و متخصصان روانپزشکی و روانشناسی نقش مؤثر دارند و آموزشهای عمومی را امری ضروری می‌سازند. هدف کلی این پژوهش بررسی شیوع اختلالهای روانی در بیماران بستری در بخش داخلی بیمارستان آیت‌الله کاشانی شهرکرد بود. علاوه بر این، مراجعه بیماران به پزشکان مختلف قبل از بستری شدن، رابطه بین شیوع و عوامل جمعیت شناختی و علائم شایع در بیماران بستری در بخش داخلی، سایر اهداف این پژوهش را تشکیل می‌دادند.

مواد و روشها:

این پژوهش از نوع مطالعات زمینه یابی (Survey) می‌باشد که به صورت مقطعی (Cross-sectional) انجام شده است. جامعه آماری مورد بررسی این پژوهش را بیماران ۱۵ ساله و بالاتر بستری در بخش داخلی بیمارستان کاشانی تشکیل می‌دهند. بر اساس مطالعات انجام شده قبلی که شیوع اختلالهای روانی را در مطب پزشکان عمومی ۲۰ درصد گزارش نموده بودند (۵)، حجم نمونه بر آورد گردید (۸). نمونه مورد مطالعه ۳۰۰ نفر بود که در یک دوره سه ماهه آخر سال با استفاده از پرسشنامه GHQ-۲۸ مورد بررسی قرار گرفتند و از این گروه ۵۷ نفر مرد و ۲۴۳ نفر زن بودند.

برای اعتبار یابی پرسشنامه GHQ-۲۸ در بیماران بستری در بخش داخلی ابتدا مطالعه‌ای مقدماتی بر روی ۳۰ نفر از بیماران با استفاده از ملاکهای تشخیصی DSM-IV انجام شد. نتایج نشان داد که حساسیت و ویژگی و میزان کلی اشتباه طبقه بندی به ترتیب ۸۰٪، ۷۸٪ و

که به متخصصین غیر روانپزشک مراجعه نموده بودند مورد بررسی قرار گرفتند. نتایج مطالعه نشان داد که ۳۳٪ از آنها از اختلالهای روانی رنج می‌بردند (۱۸).

در یک پژوهش مراجعین به پزشکان عمومی با استفاده از پرسشنامه "GHQ" مورد بررسی قرار گرفتند، نتایج نشان داد یک سوم از آنها علائم روانی داشتند. دو سوم از آنها هم علائم روانی و هم علائم جسمی داشتند. اما علت مراجعه بیماران جهت درمان علائم جسمی بوده است. این مطالعه نشان داد که علائم جسمی موجب می‌شود که جنبه‌های عاطفی و روانی بیماران فراموش شود (۱۴). در مطالعه‌ای شیوع اختلال سوماتیزاسیون (Somatization disorder)، را در یک مرکز مراقبت‌های اولیه مورد بررسی قرار دادند. نتایج نشان داد که ۲۰٪ از بیماران جدید و ۳ درصد از مراجعین دارای پرونده، به اختلال سوماتیزه کردن مبتلا هستند و یک ششم از آنها هیچگونه علائم روانی و رفتاری نداشتند (۲۴).

در مطالعه‌ای دیگر پیامد درمان طولانی مدت بیماران روان نژند (Neurotic) توسط پزشکان غیر روانپزشک مورد بررسی قرار گرفت. به همین منظور در طی ۱۱ سال ۸۷ بیمار در مطب پزشکان رد یابی شدند. نتایج نشان داد که بیماری ۳۲ نفر از آنها مزمن شده و ۴۹ نفر نیز عودهای مکرر داشتند و تنها روش درمانی، درمان دارویی بوده است (۲۰).

در مطالعه‌ای ارتباط بین درد نواحی شانه و گردن و علائم روانی اجتماعی مورد بررسی قرار گرفت. نتایج نشان داد که در هر دو جنس نمره‌های استرس و علائم افسردگی در گروه مبتلا به دردهای بدنی بیشتر است (۲۱).

در یک تحقیق شیوع اختلالهای روانی را در مراجعین به مطب خصوصی پزشکان مورد بررسی قرار دادند. نتایج آن مطالعه نشان داد که میزان شیوع اختلالهای روانی در مطب پزشکان داخلی ۴۸ درصد، پزشکان عمومی ۴۳ درصد و پزشکان مغز و اعصاب ۳۳ درصد

۱۸٪ بود در این مطالعه نقطه برش (Cut-off point) پرسشنامه با استفاده از روش نمره گذاری سنتی (Conventional) نمره ۱۲ بود.

ابزار پژوهش:

پرسشنامه GHQ-28

این پرسشنامه توسط گلدبرگ (۱۹۷۲) برای غربالگری (Screening) اختلالات روانی غیر روانپریش طراحی شده که نسخه اولیه آن ۶۰ سؤالی بوده و در سالهای بعد نسخه‌های ۲۸، ۲۰، ۱۲ و ۳۰ سؤالی آن طراحی شده است (۱۶). هدف اولیه از ساختن این پرسشنامه غربالگری بیماران روانی در مطب‌های عمومی بوده است.

در مطالعه‌ای شاخصهای اعتبار نسخه‌های ۲۸، ۱۲ و ۳۰ سؤالی GHQ مورد ارزیابی قرار گرفت. نتایج مطالعه نشان داد که پرسشنامه GHQ-28 از حساسیت و ویژگی بالاتری نسبت به سایر نسخه‌ها برخوردار است (۱۱). در تحقیق دیگری ضرایب اعتبار ۴۳ مطالعه اعتباریابی نسخه‌های مختلف پرسشنامه GHQ-28 در کشورهای گوناگون مورد بررسی قرار گرفت. نتایج نشان داد که حساسیت و ویژگی "پرسشنامه GHQ-28 به ترتیب ۸۴٪ و ۸۲٪ است و ابزار مناسبی برای غربالگری اختلالات روانی می‌باشد (۱۷). در سال ۱۳۷۵ پرسشنامه GHQ-28 در شهر کاشان بر روی ۸۰ نفر از جمعیت عمومی اعتباریابی شد. در این مطالعه از روش نمره‌گذاری ساده "لیکرت" استفاده گردید. بهترین نقطه برش در مردان نمره ۲۲ بود. حساسیت، ویژگی و میزان کلی اشتباه طبقه‌بندی به ترتیب ۸۸٪، ۷۹٪ و ۱۶٪ بود. پایایی پرسشنامه از ضریب همبستگی "پیرسون" ۹۱٪ بود (۲).

در یکی از پژوهش‌ها پایایی پرسشنامه GHQ-28 برای شناسایی افراد مبتلا به اختلالات روانی در بیماران بستری در بخش اعصاب استفاده گردید. تحلیل

(ROC) نشان داد که GHQ-28 ابزار مناسبی جهت غربالگری بیماران روانی در بخش اعصاب است. در این مطالعه بهترین نقطه برش با روش نمره‌گذاری سنتی ۱۱/۱۲ بوده است (۱۳).

تمامی این مطالعات بیانگر کارایی مطلوب پرسشنامه GHQ-28 در غربالگری اختلالات روانی است و این پرسشنامه از بهترین ابزارهایی است که مطالعات متعددی جهت اعتباریابی آن انجام شده است. روشهای مختلفی برای نمره‌گذاری این آزمون پیشنهاد شده است. در این بررسی از روش نمره‌گذاری سنتی که در مطالعه مقدماتی از اعتبار بالاتری نسبت به روش نمره‌گذاری ساده "لیکرت" برخوردار بود استفاده گردید و بهترین نقطه برش نمره ۱۲ بود.

نتایج:

نتایج پژوهش نشان داد که ۳۰/۷ درصد از بیماران بستری در بخش داخلی به اختلالات روانی مبتلا هستند. بررسی شیوع بر حسب جنس نشان داده که شیوع اختلالات روانی در مردان ۱۲/۳ درصد و در زنان ۳۵ درصد است. انجام آزمون "کی دو" (χ^2) نشان داد که رابطه معنی‌داری بین جنس و ابتلا به اختلال روانی وجود دارد ($P < 0.001$).

بررسی شیوع اختلالات روانی بر حسب سن نشان داد که میزان شیوع اختلالات روانی در بیماران کمتر از چهل سال ۲۵ درصد و ۴۰ سال و بالاتر ۳۴/۴ درصد است، اما رابطه معنی‌داری بین سن و ابتلا به اختلال روانی به دست نیامد.

شیوع اختلالات روانی در افراد بی‌سواد ۳۷/۵ درصد، با تحصیلات ابتدایی ۲۲ درصد و با مدرک تحصیلی راهنمایی و بالاتر ۱۹ درصد است.

انجام آزمون نشان داد که رابطه بین سطح تحصیلات و ابتلا به اختلال روانی معنی‌دار است ($P < 0.01$).

جدول شماره ۱: مشخصات جمعیت شناختی و شیوع اختلال‌های روانی در نمونه مورد مطالعه

عوامل جمعیت شناختی		فراوانی		میزان شیوع	
		درصد	تعداد	درصد	تعداد
جنس:	مرد	۵۷	۱۹	۷	۱۲/۳
	زن	۲۴۳	۸۱	۸۵	۳۵
وضعیت تأهل:	مجرد	۳۸	۱۲/۷	۵	۱۳/۲
	تأهل	۲۳۱	۷۷	۷۳	۳۱/۶
	بیوه و مطلقه	۳۱	۱۰/۳	۱۴	۴۵/۲
سن:	< ۴۰	۱۱۷	۳۹	۲۹	۲۵
	> ۴۰	۱۸۳	۶۱	۶۳	۳۴/۴
سواد:	بیسواد	۱۷۶	۵۸/۷	۶۶	۳۷/۵
	ابتدایی	۸۲	۲۷/۳	۱۸	۲۲
	راهنمایی و بالاتر	۴۲	۱۴	۸	۱۹
شغل:	شاغل	۵۹	۱۹/۷	۵	۸/۵
	بیکار	۱۵	۵	۳	۲۰
	خانه‌دار	۲۲۶	۷۵/۳	۸۴	۳۷/۲
کل		۳۰۰	۱۰۰	۹۲	۳۰/۷

بررسی شیوع بیماری‌های روانی بر حسب شغل نشان داد که میزان شیوع در بیماران شاغل ۸/۵ درصد، بیکار ۲۰ درصد و زنان خانه دار ۳۷/۲ درصد است و رابطه معنی‌داری بین وضعیت شغلی و ابتلاء به اختلال روانی به دست آمد ($P < 0.001$).

بررسی شیوع اختلال‌های روانی بر حسب وضعیت تأهل نشان داد که میزان شیوع در بیماران مجرد ۱۳/۲ درصد، متأهل ۳۱/۶ درصد و بیوه و مطلقه ۴۵/۲ درصد است.

جدول شماره ۲: توزیع فراوانی نسبی پاسخهای افراد مورد مطالعه به سؤالات مقیاس علائم جسمانی پرسشنامه

GHQ-۲۸ بر اساس روش نمره گذاری سنتی

مقیاس علائم جسمانی				گزینه‌ها %	
				خیلی زیاد (۱)	زیاد (۱)
				کم (۰)	خیل (۰)
۱- احساس عدم سلامت و تندرستی				۱۰/۳	۳۲
۲- احساس نیاز به داروی تقویتی				۶۵/۳	۲۱/۷
۳- احساس ضعف و سستی				۴۲/۳	۲۶/۷
۴- احساس بیماری				۲۶	۲۹/۳
۵- سر درد				۳۰/۳	۳۸
۶- احساس فشار به سر				۶۴	۱۳
۷- احساس داغ و سرد شدن				۲۱/۷	۳۷

جدول شماره ۳: توزیع فراوانی نسبی پاسخهای افراد مورد مطالعه به سؤالهای مقیاس علائم اضطراب پرسشنامه GHQ-۲۸ بر اساس روش نمره گذاری سستی

مقیاس علائم اضطراب				گزینه‌ها %			
				خیلی زیاد (۱)	زیاد (۱)	کمی (۰)	خیر (۰)
۸- بی خوابی				۲۳	۲۳	۲۵/۳	۲۸/۷
۹- بیدار شدن در وسط خواب				۱۳	۲۴/۶	۲۹/۷	۳۲/۷
۱۰- احساس تحت فشار بودن				۸/۷	۲۱/۷	۲۰	۴۹/۷
۱۱- عصبانیت و بدخلقی				۲۱/۷	۱۷	۳۱/۳	۳۰
۱۲- هراسان و وحشت زده بودن				۳/۷	۷/۳	۱۷/۳	۷۱/۷
۱۳- عدم توانایی در انجام کارها				۱۰/۷	۱۷/۳	۲۱	۵۱
۱۴- دلشوره				۱۸/۷	۲۲	۲۹	۳۰/۳

درصد است و رابطه معنی داری بین وضعیت تأهل و ابتلاء به اختلال روانی به دست آمد ($P < 0.01$).
 مشخصات جمعیت شناختی افراد مورد مطالعه و میزان شیوع اختلالهای روانی در جدول شماره ۱ ارائه شده است.
 بررسی نتایج پژوهش در جدول شماره ۲ نشان می‌دهد که شایع‌ترین علائم جسمانی، احساس عدم سلامت و تندرستی با ۳۸ درصد و کمترین

علائم، احساس نیاز به داروی تقویتی با ۳ درصد است.
 بررسی نتایج پژوهش در جدول شماره ۳ نشان می‌دهد که شایع‌ترین علامت در مقیاس اضطراب، بی‌خوابی با ۲۳ درصد (گزینه خیلی زیاد) و کمترین علامت احساس هراس با ۳/۷ درصد است.

جدول شماره ۴: توزیع فراوانی نسبی پاسخهای افراد مورد مطالعه به سؤالهای مقیاس کارکرد اجتماعی پرسشنامه GHQ-۲۸ بر اساس روش نمره گذاری سستی

مقیاس کارکرد اجتماعی				گزینه‌ها %			
				خیلی کم‌تر از همیشه (۰)	کم‌تر از همیشه (۱)	مثل همیشه (۰)	بیشتر از همیشه (۰)
۱۵- توانایی سرگرم نگهداشتن خود				۳/۷	۱۸	۷۳	۵/۳
۱۶- صرف بیش از حد وقت برای کارها				۳/۳	۱۰	۲۵	۶۲/۳
۱۷- احساس خوب انجام دادن کارها				۸	۲۲/۳	۶۶/۷	۳
۱۸- احساس رضایت از نحوه انجام کار				۸/۳	۲۵/۷	۶۲/۳	۳/۷
۱۹- احساس مفید بودن				۷/۴	۲۲	۶۷/۳	۳/۳
۲۰- قدرت تصمیم‌گیری				۶/۳	۱۷/۷	۷۲/۷	۳/۳
۲۱- لذت بردن از فعالیت‌های روزمره				۱۲	۲۰/۷	۶۲/۳	۵

جدول شماره ۵: توزیع فراوانی نسبی پاسخهای افراد مورد مطالعه به سؤالهای مقیاس علائم افسردگی پرسشنامه GHQ-۲۸ بر اساس روش نمره گذاری سنتی

مقیاس علائم افسردگی	گزینیه‌ها %			
	خیلی زیاد (۱)	زیاد (۲)	کمی (۳)	خیر (۴)
۲۲- احساس بی ارزشی	۱۳/۳	۷/۷	۱۵	۶۴
۲۳- ناامیدی	۲۱/۷	۱۲	۲۰	۴۶
۲۴- احساس بی ارزش بودن زندگی	۱۸	۱۵/۷۳	۱۶/۷	۵۰
۲۵- افکار خودکشی	۲/۴	۵/۳	۶	۸۶/۳
۲۶- عدم توانایی انجام کار	۱۵/۳	۱۹/۳	۳۰/۷	۳۴/۳
۲۷- آرزوی مردن	۲۴/۳	۱۲	۱۶	۴۷/۷
۲۸- اقدام به خودکشی	۴	۵	۷/۷	۸۳/۳

بحث:

بررسی شیوع اختلال‌های روانی در بخش داخلی بیمارستان عمومی نشان می‌دهد که شیوع اختلال‌های روانی در بیمارستان بستری ۳۰/۷ درصد و به نتایج مطالعات انجام شده در سایر کشورها بسیار نزدیک است (۱۷)، اما نسبت به نتایج مطالعه‌ای که در همین منطقه مورد مطالعه و بر روی بیماران سرپایی طب عمومی انجام شده کمتر است. این تفاوت احتمالاً از ابزار متفاوت دو مطالعه ناشی شده است. این مطالعه همچنین نتایج مطالعاتی را که در رابطه با شیوع علائم جسمی در بیماران روانی انجام شده مورد تأیید قرار داد است (۲۴، ۲۱). این نتایج نشان می‌دهد که مشاوره بین تخصص‌های مختلف پزشکی و روانپزشکی ضرورت حیاتی دارد.

نتایج پژوهش نشان داد که شیوع اختلال‌های روانی در زنان سه برابر در مردان است و نتایج مطالعات انجام شده در ایران و سایر کشورها مورد تأیید قرار گرفت (۲، ۱۰، ۱۲، ۲۲، ۲۳).

در این پژوهش شیوع اختلال‌های روانی در زنان بیه و

سؤالهای مقیاس کارکرد اجتماعی در جدول شماره ۴ ارائه شده است. لذت نبردن از فعالیتهای روزمره شایع‌ترین علامت با ۱۲ درصد، و صرف بیش از حد وقت برای کارها با ۳/۳ درصد کمترین علامت در بین بیماران بوده است.

در مقیاس افسردگی که در جدول شماره ۵ ارائه شده است، شایع‌ترین علامت آرزوی مردن با ۲۴/۳ درصد و کمترین علامت افکار خودکشی با ۲/۴ درصد بوده است.

نتایج پژوهش نشان داد که ۶۰ نفر از بیماران بستری در بخش داخلی، یعنی ۲۰ درصد اظهار داشته‌اند که سابقه ناراحتی‌های عصبی و روانی داشته‌اند که از این تعداد ۳۱/۷ درصد به پزشک عمومی، ۲۳/۳ درصد به روانپزشک و ۴۱/۷ درصد به سایر متخصصین مراجعه کرده‌اند و ۳/۳ درصد هیچگونه مراجعه‌ای به پزشک نداشته‌اند. همچنین نتایج نشان داد که ۳۰ نفر از بیماران بستری در بخش داخلی یعنی ۱۰ درصد سابقه بستری در بخش روانپزشکی دارند و فقط ۳/۳ درصد به مراکز مشاوره مراجعه کرده‌اند.

مطلقه بالاتر بود و رابطه معنی داری بین وضعیت تأهل و ابتلا به اختلالات روانی بدست آمد و نتایج پژوهشهای انجام شده در این زمینه مورد تأیید قرار گرفت (۲۵، ۱۹، ۱۵، ۲).

این نتایج نشان می دهد که بایستی برنامه ریزی دقیقی در زمینه پیشگیری از اختلالات روانی در افراد متأهل و مطلقه و بیوه انجام گیرد.

در این پژوهش رابطه معنی داری بین میزان سواد و ابتلا به اختلال روانی به دست آمد و نتایج مطالعات قبلی مورد تأیید قرار گرفت (۲۳، ۱۰، ۳، ۲، ۱)، عدم توانایی استفاده از آموزشهای رسانه ای، فقر مهارتهای اجتماعی و محرومیت از حقوق انسانی مساوی با افراد با سواد و احتمالاً عدم توانایی کافی برای درک پرسشنامه از مواردی هستند که شیوع اختلالات روانی در افراد بیسواد را توجیه نموده و ضرورت گسترش خدمات بهداشت روانی برای افراد بیسواد را نشان می دهد.

در این مطالعه شیوع اختلالات روانی در زنان خانه دار بیشتر از سایر گروهها بوده و نتایج مطالعات

انجام شده در کشور مورد تأیید قرار گرفت (۱۰، ۳، ۱). زنان خانه دار از جمله اقشار آسیب پذیری هستند که فشارهای روانی مختلفی را تجربه می کنند و لازم است اقدامات قانونی و آموزشی برای مشارکت آنها در فعالیتهای اجتماعی ایجاد شده تا احساس ارزشمندی آنان فراهم گردد.

در این مطالعه ۷۳/۴ درصد بیماران روانی به پزشکان غیر روانپزشک مراجعه نموده بودند و نتایج مطالعات قبلی تأیید شد (۹، ۷، ۴)، این مطالعه نشان داد که آموزش پزشکان عمومی و سایر کارکنان بهداشتی بایستی در اولویت قرار گرفته و آموزشهای دانشگاهی برای کارکنان بهداشتی با نیازهای جامعه هماهنگ شود.

به طور کلی یافته های این پژوهش بیانگر نیاز وسیع اقشار مختلف جامعه به خدمات روانپزشکی و روانشناسی است و بایستی در برنامه ریزیهای کلان اقتصادی، اجتماعی توجه خاصی به این بخش از توسعه مبذول شود.

منابع:

- ۱- باقری یزدی عباس؛ بوالهري جعفر؛ شاه محمدی داوود. بررسی همه گیر شناسی اختلالات روانی در مناطق روستایی میند پزد. مجله اندیشه و رفتار، ۱۱(۱): ۴۲-۳۲، ۱۳۷۳.
- ۲- پالانگ حسن؛ نصر مهدی؛ براهنی محمدنقی؛ شاه محمدی داوود. بررسی همه گیر شناسی اختلالات روانی در شهر کاشان. مجله اندیشه و رفتار، ۲(۴): ۲۷-۱۹، ۱۳۷۵.
- ۳- جاویدی حجت اله. بررسی همه گیر شناسی اختلالات روانی در مناطق روستایی در مرودشت فارس. پایان نامه کارشناسی ارشد رشته روانشناسی بالینی، انستیتو روانپزشکی، تهران: ص ۱۸، ۱۳۷۲.
- ۴- داویدیان هاراطون. میزان و علل مراجعه بیماران روانی به طبای غیر روانپزشک. مجله تازه های روانپزشکی، ۱۰(۳): ۳-۱۲۲، ۱۳۵۰.
- ۵- سارتریوس نرمان. برنامه های بهداشت روانی: مفاهیم و اصول. ترجمه شاه محمدی داوود؛ پالانگ حسن؛ نورالله یعقوبی. مجمع علمی و فرهنگی مجد، ۷-۸، ۱۳۷۲.
- ۶- سازمان جهانی بهداشت. مقدمه ای بر بهداشت روان در مراقبتهای اولیه بهداشتی. ترجمه شاه محمدی داوود؛ باقری یزدی عباس؛ پالانگ حسن: مجمع علمی و فرهنگی مجد، ۹-۲۸، ۱۳۷۳.
- ۷- شاه محمدی داوود. مطالعات نگرش اجتماعی نسبت به مسائل روانی در کشورهای مختلف. در: شاه محمدی داوود. ادغام بهداشت روانی مراقبتهای بهداشتی اولیه در روستاهای شهرکرد: انتشارات معاونت پژوهشی دانشگاه علوم پزشکی شهرکرد، ۴۳، ۱۳۷۲.

- ۸- لوانگاک؛ لمشا اس. تعیین حجم نمونه در مطالعات بهداشتی. ترجمه: کاظم محمد؛ سید حسن صانعی: معاونت پژوهشی وزارت بهداشت - درمان و آموزش پزشکی، ۴۰، ۱۳۷۱.
- ۹- وکیل زاده سید بهاء‌الدین؛ پالانگ حسن. بررسی میزان شیوع اختلال‌های روانی در مطب خصوصی پزشکان شهرکرد. مجله اندیشه و رفتار، ۴(۲): ۱۲-۴، ۱۳۷۷.
- ۱۰- یعقوبی نورالله؛ نصر مهدی؛ براهنی محمدنقی؛ شاه‌محمدی داوود. بررسی همه گیر شناسی اختلال‌های روانی در شهرستان صومعه‌سرا. مجله اندیشه و رفتار، ۱(۴): ۵۵-۶، ۱۳۷۴.
- 11- Banks MH. Validation of general health questionnaire in a young sample. *Psychol Med*, 13: 349-53, 1983.
- 12- Bebbington P.; Harry J.; Tennant C.; Sturt E.; et al. Epidemiology of mental disorders in Camberwell. *Psychol Med*. 11: 561-79, 1981.
- 13- Bridges KW.; Goldberg DP. Somatic presentation of DSM-III psychiatric disorders in primary care. *J Psychosoma Res*, 29: 563-9, 1986.
- 14- Bridges KW.; Goldberg DP. The validation of the GHQ-28 and the use of the MMSE in neurological in-patients. *Br J Psychiatry*, 148: 545-553, 1986.
- 15- Ghubash R.; Hamdi E.; Bebbington P. The Dubai community psychiatric survey: prevalence and socio-demographic correlates. *Soc Psychiatry Psychiatr Epidemiol*, 27: 53-61, 1992.
- 16- Goldberg DP. The detection of psychiatric illness by questionnaire: From Oxford University Press. London: UK, 18-21, 28-41, 80, 1972.
- 17- Goldberg DP. Screening for psychiatric disorder. In: Williams P.; Wilkinson G.; Rawnley K.(eds). The scope of epidemiological psychiatry. London, Routledge, 50-79, 1989.
- 18- Henderson AS. Epidemiological knowledge about mental disorders. In: Henderson AS. An introduction to social psychiatry: From Oxford University Press. London: UK, 52-3, 1990.
- 19- Hodiament P.; Peer N.; Syben N. Epidemiological aspects of psychiatric disorder in a Dutch health area. *Psychol Med*, 17: 495-505, 1987.
- 20- Lloyd KR.; Jenkins R.; Mann A. Long term outcome of patients with neurotic illness in general practice. *Br Med J*, 313: 26-8, 1996.
- 21- Niemi SM.; Levoska S.; Rekola KE.; Keinanen-Kiukaanniemi SM. Neck and shoulder symptoms of high school students and associated psychosocial factors. *J Adolesc Health*, 20: 238-42, 1997.
- 22- Vazquez-Barquero JL.; Munoz PE.; Madoz-Jauregui V. The influences of the process of urbanization on the prevalence of neurosis. *Acta Psychiatria Scand*, 65: 161-70, 1982.
- 23- Vazquez-Barquero JL. A community mental health survey in Cantabria. *Psychol Med*, 17: 227-41, 1987.
- 24- Weich S.; Churchill R.; Lewis G.; Mann A. Do Socio-economic risk factor predict the incidence and maintenance of psychiatric disorder in primary care?. *Psychol Med*, 27: 73-80, 1997.
- 25- Wittchen HU.; Zhao S.; Kessler RC.; Eaton WE. DSM-III-R generalized anxiety disorder in the national comorbidity survey. *Arch Gen Psychiatry*, 51: 355-64, (1994).